

И.о. главного врача  
ГБУЗ «ЦРБ» г.о. Прохладный и  
Прохладненского муниципального района

**З.С. ШОМАХОВОЙ**

361045, КБР, г.Прохладный, ул.Ленина, 113

ОТ \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации и проживания, контактный телефон)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **З А Я В Л Е Н И Е**

**об отказе от прижизненного и посмертного донорства органов и тканей**

Я, \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения)

проживающий(ая) (зарегистрированный)(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_  
кем и когда выдан \_\_\_\_\_

контактные телефоны, адрес электронной почты \_\_\_\_\_

выражаю свой отказ от прижизненного и посмертного донорства органов и тканей.

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы)

**Первый свидетель:**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения) проживающий(ая), (зарегистрированный)(ая) по адресу \_\_\_\_\_

документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_  
кем и когда выдан \_\_\_\_\_  
контактные телефоны, адрес электронной почты \_\_\_\_\_

действуя добровольно, подтверждаю заявление об отказе от прижизненного и посмертного донорства органов и тканей, выраженное

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О., сведения о котором изложены выше в данном заявлении)

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, инициалы)

**Второй свидетель:**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения) проживающий(ая), (зарегистрированный)(ая) по адресу \_\_\_\_\_

документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_  
кем и когда выдан \_\_\_\_\_  
контактные телефоны, адрес электронной почты \_\_\_\_\_

действуя добровольно, подтверждаю заявление об отказе от прижизненного и посмертного донорства органов и тканей, выраженное

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О., сведения о котором изложены выше в данном заявлении)

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, инициалы)

**Медицинский работник:**

Я, \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество )

\_\_\_\_\_

должность в данной медицинской организации

\_\_\_\_\_

контактные телефоны, адрес электронной почты \_\_\_\_\_

заверяю своей подписью и печатью (при наличии) в присутствии двух свидетелей заявление об отказе от прижизненного и посмертного донорства органов и тканей, выраженное

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О., сведения о котором изложены выше в данном заявлении)

Данное заявление составлено в соответствии с требованиями к данному документу, изложенными в приказе Минздрава РФ от 16.08.2017 № 524н «об утверждении порядка внесения в медицинскую документацию данных о волеизъявлении лица о его несогласии на посмертное предоставление биологического материала для производства биомедицинского клеточного продукта», а также на основании ст.47 п.6 и п.9 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Настоящее заявление оформляется в письменном виде и содержится в медицинской документации гражданина (медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, или медицинской карте стационарного больного).

По требованию гражданина ему выдается заверенная медицинским работником и печатью медицинской организации (при наличии) копия документа, отражающего волеизъявление.

Данные сведения могут предоставляться заинтересованным государственным органам и организациям в целях осуществления функций, возложенных на них в соответствии с законодательством РФ.

\_\_\_\_\_

(дата)

\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

(фамилия, инициалы)